

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE 366
n°

ANNEE 1968

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Joseph Frédéric FELICIE

né le 19 mars 1932 à Cayenne (Guyanne Française)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LE PROBLEME ACTUEL DES TUBERCULOSES INVETEREES

LEURS CAUSES, LEUR TRAITEMENT.

Président : Mr. G. BROUET, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1968

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Joseph Frédéric FELICIE

né le 19 mars 1932 à Cayenne (Guyanne Française)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LE PROBLEME ACTUEL DES TUBERCULOSES INVETEREES

LEURS CAUSES, LEUR TRAITEMENT.

Président : Mr. G. BROUET, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LÉCHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...
b) Professeurs à titre personnel :	
Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	Cochin LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laënnec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre DEPARIS (M.)
	Broussais MILLIEZ (P.)
	Cochin N...
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine CONTE (M.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine BOUDIN (G.)

MM.

Clinique d'hygiène et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
Baudelocque	MERGER (R.)
Saint-Antoine	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	OFFRET (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BREGEAT (P.)
— (Cochin)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MOZZIGONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BROUET (G.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	SÈZE (S. de)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	JUDET (R.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	ABOULKER (P.)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE (R.)
— (Necker)	LAPLANE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	BOUVRAIN (Y.)
— (Lariboisière)	RAMBERT (P.)
— (Pitié)	WOLFROMM (R.)
— (Rothschild)	POILLEUX (F.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	{	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie		BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses		GIBERTON (A.)
		BASTIN (R.)
		AZERAD (E.)
		BOUR (H.)
		CAROLI (J.)
		DREYFUS (B.)
		GROSSIORD (A.)
Médecine	{	LAMBLING (A.)
		LAUNAY (Cl.)
		PAYET (M.)
		PERRAULT (M.)
		SIGUIER (F)
		WORMS (R.)
Néphrologie		RICHET (G.)
Neuro-chirurgie		LE BEAU (J.)
Neurologie		LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie		PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie		MADURO (R.)
	{	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	{	ROYER (P.)
		KREIS (B.)
Pneumo-Phthisiologie	{	MEYER (A.)
Rhumatologie		DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYER (Ch.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)	Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOT (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon frère

A mes Parents

en témoignage de toute mon
affection et de ma grande
reconnaissance.

A ma femme

A mes frères et soeurs

A tous les miens

A tous mes amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549932_0016

A Monsieur le Professeur Georges BROUET

Professeur de Clinique de Pneumo-Phtisiologie

Doyen de la Faculté de Médecine de Paris

qui nous a fait le très grand
honneur de présider cette thèse.

A tous mes Maîtres

à la Faculté

et dans les Hôpitaux.

INTRODUCTION

Le terme "invétéré" appliqué à certains cas de tuberculose pulmonaire indique une notion de vieillissement et de durée. On désigne ainsi les tuberculoses pulmonaires anciennes de plus d'un an et dont le premier traitement a échoué.

Il s'agit très souvent de malades qui trainent trois, quatre, cinq ans, voire plus (quinze ans parfois) avec une bacilloscopie positive quasi permanente. Ils vont d'hôpitaux en hôpitaux, de sanatoriums en sanatoriums, et semblent ne jamais pouvoir guérir.

Cela pourrait étonner quand on songe à tout l'arsenal thérapeutique actuel dont nous disposons pour traiter cette maladie.

En effet, comme le dit le Professeur BROUET : "Aujourd'hui le traitement de la tuberculose commune grâce à l'utilisation judicieuse des antibiotiques et des agents chimiothérapeutiques, permet d'aboutir dans l'immense majorité des cas à la guérison".

Mais dans quelques cas hélas de plus en plus fréquents, nous rencontrons des échecs. Ceux-ci aujourd'hui paraissent en grande partie liés au malade lui-même. Les médecins bien avertis, de nos jours, des règles de traitement dans ce domaine, ne sont que très rarement en cause.

Précisons tout de suite que la mortalité par tuberculose a très nettement diminué ces vingt dernières années (chez les jeunes elle est exceptionnelle), et que lorsque nous parlons d'échecs au traitement, il s'agit particulièrement des tuberculoses invétérées que l'on rencontre de plus en plus fréquemment.

Depuis une quinzaine d'années environ, tout est changé dans le pronostic de cette maladie. Cependant la grande efficacité et la grande puissance de nos moyens thérapeutiques alliés à l'indiscipline de certains malades, ou à d'autres raisons que nous verrons

plus loin, ont fait apparaître des aspects nouveaux de cette morbidité. C'est ainsi que maintenant nous parlons de résistance des bacilles aux médicaments antibacillaires, de cas invétérés, de tuberculose du vieillard.

En somme, on pourrait presque schématiser l'actualité de cette maladie ainsi : "Ou le tuberculeux guérit sans histoire, et c'est la très grande majorité des cas, ou il devient invétéré, ce qui se voit de plus en plus, ou il meurt, ce qui est plus rare".

Le point le plus préoccupant aujourd'hui est le cas de ces invétérés. Sans ce problème de plus en plus inquiétant, les belles statistiques de recul de la morbidité et de la mortalité dont nous faisons état orgueilleusement seraient encore meilleures.

En effet, en résolvant le cas des invétérés on supprimerait du même coup les nombreuses sources de contamination, celle-ci rappelons-le, se faisant en outre par des bacilles pouvant être résistants à plusieurs médicaments antibacillaires.

Les progrès de la médecine, les découvertes récentes de nouveaux médicaments antituberculeux, nous donnent beaucoup d'espoir. Mais ce sont les causes responsables de l'évolution de la maladie vers la chronicité qui sont les plus difficiles à vaincre. L'une d'elles, l'alcoolisme, est actuellement la principale. Il est inutile d'insister sur le fait que si nous avons les moyens efficaces de lutter contre le bacille de Koch, nous sommes désarmés et impuissants devant l'alcoolisme. Et quand nous pensons que l'éthylique est une proie facile pour ce bacille, nous avons des raisons d'être inquiets.

Dans cette modeste étude nous verrons successivement :

- Les causes des échecs rencontrés actuellement dans le traitement de la tuberculose.
- Les résistances des bacilles aux médicaments antituberculeux.
- Le traitement des tuberculoses invétérées.

I - LES CAUSES DES ECHECS RENCONTRES ACTUELLEMENT

Aujourd'hui les échecs que nous rencontrons sont le plus souvent liés au terrain - qu'il s'agisse d'un état général déjà rendu déficient par une autre maladie associée, ou d'un psychisme défaillant - et aux résistances des bacilles aux médicaments anti-tuberculeux.

Nous verrons chemin faisant que ces deux notions, mauvais terrain et résistance des bacilles, sont étroitement liées, la seconde étant la conséquence de la première, du moins pour ce qui concerne les résistances acquises. Pour ce qui est des résistances d'emblée, le lien de cause à effet de ces deux notions est moins apparent, bien qu'il existe très souvent. Et dans la plupart des cas de résistances d'emblée on pourrait, par une enquête très soigneuse, remonter à un contaminateur ayant des résistances acquises.

Il existe cependant des résistances naturelles. Elles s'observent exceptionnellement pour le bacille humain. Le bacille bovin est déjà un peu moins sensible en général aux antibacillaires classiques. Mais cette résistance est habituelle chez les espèces de mycobactéries dites atypiques dont les principales sont : *Mycobactérium kansasii* (photochromogènes), *mycobactérium batteyi* ou encore *intracellulare*, très voisin de *mycobactérium avium*, *mycobactérium aquae* (dits scotochromogènes).

LES ECHECS LIES AU MAUVAIS TERRAIN PHYSIQUE

C'est l'association morbide tuberculose et alcool qui est actuellement la cause la plus fréquente de ces échecs. Les autres pathologies associées telles que ulcères gastriques, diabète,

viennent loin derrière elle. Pour le diabète, signalons que de nos jours la tuberculose n'est pas plus fréquente chez les diabétiques que chez les non diabétiques.

Il nous a donc paru plus important d'insister particulièrement dans ce propos sur l'association avec l'alcoolisme.

Depuis longtemps le rôle défavorable de l'alcoolisme sur l'évolution de la tuberculose a été souligné, et dans le cadre des tuberculoses invétérées nous ne pouvons nous empêcher de citer l'aphorisme de LANDOUZY : "L'alcool fait le lit de la tuberculose".

Déjà on peut se demander ce qu'il est possible d'attendre d'un traitement même précocement et correctement institué sur des organismes altérés, ne réagissant plus ou très mal à l'action des médicaments. Souvent d'ailleurs il est impossible de "sevrer" totalement le malade à son arrivée dans le service, tout au moins brutalement, en raison du risque d'accidents aigus à type de Délirium tremens.

De plus, notons en passant que c'est chez l'alcoolique que se déclarent les plus intenses des poly-névrites liées à l'usage de l'isoniazide. De même la cyclosérine expose sur ce terrain à des risques neurologiques tels que l'on préfère en éviter l'usage.

Le tabagisme qui en outre accompagne très souvent l'alcoolisme n'arrange rien.

Dans un travail sur les aspects de la tuberculose en Bretagne, sur 1194 cas dont 943 chez les hommes et 251 cas chez les femmes, on a trouvé 281 hommes et 46 femmes alcooliques (A. DANRIGAL, Y. DUHAMEL, G. KERBRAT).

Avant l'ère des antibiotiques spécifiques, le tuberculeux alcoolique n'avait guère de chance d'échapper à l'issue fatale. Aujourd'hui, il devient un tuberculeux invétéré.

Mais le mauvais terrain n'est pas la seule raison de ce résultat. Il y a encore un autre facteur important qui intervient chez ce genre de malade : c'est son indiscipline.

En général ce sont des hommes qui prennent leurs médicaments d'une façon fantaisiste, ou qui sortent de l'établissement où ils sont traités contre avis médical. Parfois on les a renvoyés du sanatorium par mesure disciplinaire.

"Ils font ainsi dans les services spécialisés des séjours à éclipses pour des cures discontinues, encombrant successivement divers établissements. Disséminateurs de germes polyrésistants et contamineurs insouciant, ils poursuivent leur carrière d'oisiveté, fourriers de ruine familiale et dans une certaine mesure nationale, nous laissant désarmés devant cet état de fait". Cette phrase de Paul VERAN décrit exactement ce type de tuberculeux.

Voici quatre cas d'association que nous avons rencontrés personnellement pendant un court stage dans un service de phthisiologie.

Monsieur B... M. 47 ans

Chauffeur mécanicien

Divorcé depuis 7 ans. Un fils de 21 ans.

Sans domicile fixe.

Antécédents : hernie inguinale droite, appendicectomie, absence congénitale de rein gauche.

Père décédé à 60 ans d'une maladie pulmonaire non précisée

Mère décédée de congestion cérébrale.

Fume un paquet de cigarettes par jour.

Boit 2 litres de vin par jour.

Tuberculose :

1ère atteinte : mai 1962. Après une soi-disant grippe qui durait trop, M. B... est hospitalisé et on découvre sa tuberculose.

Traitement : Isoniaside + Trécator + Streptomycine.

Pendant trois mois à l'hôpital, et au sanatorium pendant un an.

Rechutes en 1963, 1964, 1965, 1966.

Traité irrégulièrement en hôpitaux et en sanatoriums par P.A.S., cyclosérine et tréacator.

Le malade ne fait que de brefs séjours dans les hôpitaux ou les sanatoriums où il est admis et sort à chaque fois contre avis médical.

Revient pour hémoptysie le 4 décembre 1967.

Résistances acquises : streptomycine
kanamycine

Diagnostic actuel (c'est-à-dire en janvier 1968) : tuberculose pulmonaire ulcéro-nodulaire bilatérale étendue.

Monsieur M... S. 35 ans

Originaire d'Algérie, en France depuis 1939.

Tenancier de café-hôtel.

Marié, deux enfants de 4 et 2 ans. Epouse en Algérie.

Père décédé à 50 ans de cause inconnue.

Mère bien portante en Algérie.

Antécédents : traumatisme du coude gauche ayant entraîné une limitation de la flexion à 90°.

Boit par jour : 40 demis de bière et 2 ricards, plus quelques digestifs de temps à autre.

Ne fume pas.

TUBERCULOSE :

1ère atteinte : septembre 1966. Tuberculose pulmonaire excavée du sommet droit découverte à la suite d'une asthénie + anorexie + hémoptysie + amaigrissement important.

Traitement : P.A.S. + Isoniazide + Streptomycine. A domicile pendant un an tout en continuant son travail.

Rechute en octobre 1967 : en réalité n'a jamais guéri.

Présente toujours une grande caverne du sommet droit avec une bacilloscopie positive.

Sensibilité heureusement conservée à l'isoniazide.

Monsieur P... L. 53 ans

Ancien gardien de la paix.

Marié, un enfant.

Boit par jour plus d'un litre de vin et un apéritif.

Fume un paquet de cigarettes par jour.

Ulcère gastrique découvert en 1966.

TUBERCULOSE :

1ère atteinte : janvier 1951

Mode de début : toux, hémoptysie, amaigrissement.

Deux sommets excavés.

Bacilloscopie positive.

Traitement : en sanatorium pendant 27 mois par streptomycine + P.A.S. et un pneumopéritoïne.

Rechute en 1961. N'a pas cessé d'être traité depuis (nous sommes en 1968).

Bacilloscopie toujours positive malgré les traitements suivants :

1962 : streptomycine, isoniazide, P.A.S.

1963 : streptomycine, isoniazide, cyclosérine, 1321, 1314

1964 : streptomycine, isoniazide, cyclosérine, 1314

1965 : streptomycine, isoniazide, cyclosérine, 1314, kanamycine, isoxyl, viomycine.

1966 : isoniazide, cyclosérine, 1321, isoxyl, viomycine

1967 : isoxyl, ethambuthol, trévintix (1321), rifocine.

Résistances acquises : isoniazide,
cyclosérine,
trécator (1314)
kanamycine

Monsieur M... M. 57 ans

Père décédé de cirrhose.

Mère décédée de maladie cardiaque non précisée.

Une soeur décédée de méningite à 13 ans.

Un frère ancien tuberculeux pulmonaire.

Ulcère gastrique découvert en 1940.

1952 : amputation de deux phalanges du 5ème doigt main droite.

1958 : ablation de la vésicule biliaire.

1961 : gastrectomie des 2/3 à la suite d'hématémèse.

1965 : réintervention sur l'estomac restant.

TUBERCULOSE :

1ère atteinte : mai 1956. Découverte systématique par la médecine du travail d'une tuberculose ulcéro-nodulaire du sommet droit.

Bacilloscopie positive.

Traitement de mai 1956 à mars 1958 en hôpital et en sanatorium par P.A.S., isoniazide, streptomycine.

Rechute en avril 1964. Traitement en sanatorium par viomycine et trévintix.

Résistances acquises : totale à isoniazide.

Pas de modification des images. Au contraire, en septembre 1967, apparition de nouvelles images hilaires et pleurales.

Entre dans le service fin décembre 1967 dans un état d'insuffisance respiratoire assez sévère. Très amaigri, avec une expectoration mucopurulente, une matité de tout l'hémithorax droit.

A propos des gastrectomisés, disons que la fréquence de rechute est quatre à cinq fois plus grande que chez le sujet normal, et que chez ces sujets la tuberculose est toujours très sévère à cause surtout du déséquilibre métabolique profond habituel.

LES ECHECS LIES AU MAUVAIS TERRAIN PSYCHIQUE

Actuellement on ne peut nier l'importance des facteurs psychologiques personnels dans l'éclosion et surtout dans l'évolution de la tuberculose. LAENNEC exprimait déjà ce fait de la façon

suivante : "Parmi les causes occasionnelles de la phtisie pulmonaire, je n'en connais pas de plus certaines que les passions tristes, surtout lorsqu'elles sont profondes et de longue durée".

Aujourd'hui le malade tuberculeux sait qu'il guérira s'il se soigne convenablement. Mais faut-il qu'il veuille bien se soigner et qu'il désire guérir.

Le sujet jeune souhaitant retrouver la santé ne posera pas de problème bien particulier. C'est ainsi que dans les sanatoriums militaires où nous avons affaire le plus souvent à de jeunes malades célibataires, pratiquement sans soucis moraux, les guérisons sont rapides et sans histoires.

Par contre, le traitement sera d'autant moins efficace que le sujet sera plus passif, plus en dehors moralement de son traitement qu'il accepte presque à contre coeur, qu'il trouve trop long et dont il a envie de couper court au plus tôt.

C'est le cas en particulier de ces jeunes femmes mariées, mères de famille, dont voici des exemples rencontrés également pendant le stage dans le même service où nous avons vu les cas cités plus haut.

Madame A... Th. 38 ans

Concierge.

En instance de divorce. Deux enfants 12 ans et 10 ans.

Son mari s'est enfui avec sa soeur alors que la malade était en sanatorium.

Pneumonie à 10 ans.

Hystérectomie pour fibrome en 1961.

Père décédé à 31 ans en 1940 d'une hernie étranglée.

TUBERCULOSE :

1ère atteinte : novembre 1963 : tuberculose pulmonaire

bilatérale avec importante cavité à droite, découverte à la suite d'une soit-disant bronchite persistante.

Traitement à l'hôpital de novembre 1963 à mai 1964, et au sanatorium de Cambo-les-Bains de mai 1964 à avril 1966, par isoniazide, streptomycine, kanamycine, viomycine, tréacator et P.A.S.

En outre : lobectomie et thoracoplastie en JUILLET 1965.

C'est au sanatorium de Cambo qu'elle apprend l'infidélité de son mari. Elle quitte l'établissement contre avis médical.

Nouvelle atteinte en novembre 1966.

Entre au sanatorium de Chevilly-Larue qu'elle quitte en mars 1967 pour des raisons de famille, évidemment contre avis médical.

En janvier 1968, elle se retrouve dans le service avec une bacilloscopie toujours positive.

<u>Résistances acquises :</u>	<u>isoniazide :</u>	<u>totale</u>
	<u>streptomycine :</u>	<u>totale</u>
	<u>éthionamide :</u>	<u>partielle</u>
	<u>cyclosérine :</u>	<u>partielle</u>

Madame T... S. 35 ans

Mariée, trois enfants de 6 ans, 5 ans et 3 ans.

Les trois enfants ont été envoyés en nourrice dans le Loir-et-Cher par l'Office Publicque d'Hygiène Sociale.

Mari bien portant, 43 ans, manutentionnaire-livreur, ancien éthylique ayant subi une cure de désintoxication.

A noter que pendant ses divers séjours hospitaliers ou sanatoriaux, les enfants étaient restés au foyer avec le pere éthylique. Ceci motivera ses sorties prématurées des établissements où elle est passée.

TUBERCULOSE :

1ère atteinte : fin 1960 découverte systématique. Avant un départ en maison de santé à la suite d'une dépression nerveuse, une radiographie révèle : infiltrat des deux sommets.

Traitement : isoniazide + streptomycine + P.A.S. à l'hôpital de la Salpêtrière et au sanatorium de Cambo-les-Bains jusqu'à juin-juillet 1961.

Part sur sa demande et arrête son traitement.

Rechute fin 1966.

Hôpital Cochin : une semaine.

Hôpital Laennec : environ un mois.

Sanatorium de Bligny : une semaine.

Quitte le sanatorium contre avis médical et rejoint son foyer.

3ème atteinte le 27 décembre 1967. L'Office Publicque d'Hygiène Sociale lui conseille la réhospitalisation. Elle avait arrêté son traitement pendant quelques jours à la suite du décès de son beau-frère (38 ans. infarctus), et ne l'avait pas repris. Il y aurait eu ici une raison plus pécuniaire que psychique semble-t'il.

Résistances acquises : isoniazide : totale
streptomycine : partielle
éthionamide : presque totale

C'est aussi le cas de ces nombreux malades originaires d'Afrique du Nord et d'Afrique Noire qui, se sentant isolés dans les services de phtisiologie ou les sanatoriums, s'enfuient ou "signent leur pancarte" pour aller rejoindre leurs compatriotes. Evidemment, leur traitement est interrompu à brève échéance; ils se retrouvent de nouveau hospitalisés dans un autre hôpital et le cycle recommence. Ils s'enfuient encore et ainsi de suite.

Résultats : ils deviennent des tuberculeux chroniques; leurs bacilles offrent de multiples résistances. En plus de celà, ils ont contaminé bon nombre de leurs camarades qui eux risquent de présenter des résistances d'emblée aux antibacillaires. En voici un exemple :

Monsieur B... B.A. 41 ans

Célibataire

Originaire d'Algérie

Cantonnier à Cormeilles-en-Parisis.

Père décédé de cause inconnue.

Mère décédée d'une maladie cardiaque non précisée.

TUBERCULOSE :

1ère atteinte : début de 1955. Toux, expectoration, température, sueurs nocturnes.

Au dispensaire où le sujet consulte on découvre : tuberculose pulmonaire du champ gauche.

Traitement pendant huit mois en sanatorium par : isoniazide et streptomycine.

Est sorti sur sa demande.

Rechute fin 1964 : toux, amaigrissement, anorexie.

Hospitalisation à Argenteuil puis au sanatorium des Neiges à Briançon qu'il quitte encore contre avis médical.

Revient dans la région parisienne. Est envoyé alors au sanatorium du Petit Arbois près d'Aix-en-Provence.

Là, il se sent angoissé, il s'ennuie et quitte de nouveau sur sa demande. Il continue plus ou moins bien à domicile son traitement : isoniazide, streptomycine, P.A.S.

Nouvelle réhospitalisation à l'hôpital Laennec en aout 1967 qu'il quitte après un mois pour poursuivre son traitement à domicile.

Réhospitalisé en octobre 1967. Sa bacilloscopie est toujours positive (janvier 1968).

Résistant à la cyclosérine.

Certains autres malades vont se réfugier dans la maladie : elle est une sécurité, une excuse : "ils ne peuvent faire cela car ils sont malades", et les longs séjours hospitaliers et sanatoriaux ne vont rien améliorer. "Que deviendrais-je après ma guérison ?" d'autant plus que l'on ne se sent pas très malade, l'état général est assez bon.

Tellement bon parfois que s'il n'y avait pas eu le dépistage systématique, on n'aurait pas eu à se soumettre à ces soins prolongés et à accepter ces perturbations dans son existence. On en

arrive même parfois à minimiser les risques de sa maladie, voire à nier celle-ci, ce qui entraîne négligence, interruption prématurée ou refus éventuel du traitement; parfois même agressivité, hostilité à l'égard du médecin.

D'autres, à l'inverse, sont obsédés par leur maladie. Ils la suivent pas à pas : température, bacilloscopies, signes fonctionnels. Pour ces sujets, toutes les attitudes psychologiques entrent en jeu : fierté du malade qui voit ses examens se négativer, "Je ne suis plus positif, moi", découragement de l'anxieux qui reste positif et continue de cracher.

Remarquons à ce sujet combien certains malades admettent difficilement la présence de bacilles dans leur organisme. Ils vous avoueront facilement qu'ils ont des cavernes, mais ils ajouteront immédiatement : "je n'ai jamais eu de bacille...".

En effet, pour certains, être tuberculeux est une chose humiliante; le malade se sent gêné, presque honteux d'avoir attrapé cette maladie.

J'ai eu l'occasion de cotoyer de nombreux malades tuberculeux, car je l'ai été moi-même avant de faire mes études de médecine, et je me souviens bien de cette crainte que certains avaient à l'idée qu'on pourrait trouver des bacilles de Koch dans leurs crachats.

Je me souviens particulièrement d'un jeune aviateur de 26 ans, très gai, il semblait avoir un moral formidable. Il avait improvisé sur l'air de Figaro du Barbier de Séville une chanson où il était question de "B.K. par ci, B.K. par là, etc... Ses tubages étaient négatifs à l'examen direct. Il ne s'imaginait pas un seul instant (ou plutôt ne voulait pas imaginer) qu'il pouvait avoir la tuberculose. Pourtant, il était dans un service de phtisiologie et son traitement ne laissait aucun doute. Un jour ce fut l'effondrement total, la démoralisation complète parce qu'il avait appris que les cultures faites à partir de ses tubages étaient positives.

Ainsi donc, cet homme qui n'était pourtant point sot, acceptait bien sa maladie pulmonaire mais... sans les bacilles.

Nous reviendrons sur ce point dans la partie réservée au traitement des tuberculoses invétérées.

Signalons pour terminer ce chapitre de la psychologie du tuberculeux, le domaine souvent confus des psychonévroses bien connu des phtisiologues.

II - LES RESISTANCES DES BACILLES AUX MEDICAMENTS ANTITUBERCULEUX

Les résistances des bacilles aux traitements antibacillaires découlent de ce qui précède. Tout au moins directement pour ce qui concerne les résistances acquises. Il faut distinguer en effet deux types de résistance :

- La résistance primaire ou d'emblée qui est celle qui affecte des souches isolées chez des tuberculeux n'ayant reçu aucun traitement, et se montrant d'emblée résistantes.

- On l'oppose à la résistance acquise qui concerne des souches initialement sensibles et devenues résistantes au cours ou à la suite d'un traitement par médicaments antibacillaires.

a - Les résistances primaires

La résistance primaire se voit chez des sujets qui ont été contaminés par des malades émettant des bacilles résistants. C'est le cas par exemple de certains transplantés auxquels nous faisons allusion plus haut. C'est aussi le cas des tuberculoses que l'on rencontre parfois chez les médecins, les infirmières, les étudiants en médecine. C'est d'ailleurs chez une infirmière que fut découvert en 1949, par FURTOS et DOANE, le premier cas de tuberculose à bacilles d'emblée résistants à la streptomycine.

On trouve aussi des cas de résistances d'emblée qui sont liés à une contamination conjugale. BRUN et collaborateurs en observèrent un cas dès 1950.

Il en est de même dans les tuberculoses familiales, telle cette observation publiée à la Société Française de Tuberculose le 12 mars 1966 par THIBIER, VIVIEN, LEPEUPLE : une malade

contamine son mari; celui-ci, après la mort de sa femme, contamine sa fille. Les bacilles dans ces cas sont résistants aux mêmes antibacillaires et aux mêmes taux chez les différents membres de la famille. Ce qui prouve en outre la précision des antibiogrammes tels qu'ils sont effectués actuellement dans les laboratoires spécialisés.

Certaines résistances primaires peuvent être dues à des réinfections endogènes.

La fréquence de tuberculose à bacilles d'emblée résistants est très élevée en Afrique, en Asie, en Europe Orientale et en Amérique du Sud.

Cependant, d'après plusieurs enquêtes importantes et en particulier celles de l'Union Internationale contre la tuberculose réalisées en 1949 et en 1963, on peut admettre que le traitement de ces tuberculoses à résistances primaires n'offre pas trop de difficultés, à condition bien entendu qu'il soit correct et suivi pendant dix-huit mois à deux ans comme il se doit.

b - Les résistances acquises

Il suffit de jeter un coup d'oeil sur tous les cas cités plus haut pour se rendre compte que ce fait résulte de deux choses :

- Soit un traitement inefficace sur un mauvais terrain : cas des alcooliques, des gastrectomisés, c'est-à-dire tout le problème des associations morbides.

- Soit un traitement trop rapidement interrompu et par conséquent trop bref. On pourrait reprendre là le cas des jeunes femmes mariées mères de famille et celui des transplantés.

Rappelons ici les dix règles de Monsieur le Professeur BROUET qui schématisent au mieux l'attitude thérapeutique à adopter en présence d'une tuberculose commune :

"La première règle est le principe du traitement de toutes les formes de tuberculose par les antibiotiques ou la chimiothérapie".

Il s'agit là d'une règle valable pour toute infection, et la tuberculose en tant que telle n'y échappe pas. Toute forme doit être traitée, y compris les formes minimales, ne serait-ce pour éviter une extension de la maladie.

"La seconde règle est la nécessité d'un traitement aussi précoce que possible". Règle également valable pour toutes les infections et par conséquent pour la tuberculose.

"La troisième règle est le choix judicieux des médicaments anti-tuberculeux".

En effet, lorsque l'antibiogramme révèle que le bacille en cause est sensible à tous les anti-bacillaires, il faut employer ceux qui ont fait leur preuve, c'est-à-dire les majeurs usuels, et ne pas se laisser influencer par la publicité des laboratoires vantant les vertus de leurs produits nouveaux.

"La quatrième règle est la nécessité d'un traitement mixte".

La notion de résistance des germes aux antibiotiques est bien connue, et l'on sait que le moyen essentiel d'y pallier est l'utilisation de traitements mixtes.

"La cinquième règle est la nécessité des doses efficaces de chacun des médicaments employés".

Cette règle est maintenant bien respectée par les médecins. Mais c'est souvent le malade lui-même qui, à la suite d'intolérance mineure, diminue la posologie du médicament qui d'après lui en est responsable.

"La sixième règle est la nécessité d'un traitement continu".

Non seulement le malade diminue parfois sa posologie pour une intolérance mineure, mais il lui arrive aussi de prendre la décision d'arrêter transitoirement son traitement; et c'est ainsi

que les comprimés et les dragées vont de temps en temps à la poubelle ou dans les cuvettes des W.C. Il faut faire comprendre au sujet l'importance de la continuité dans son traitement.

"La septième règle est la nécessité d'un traitement prolongé".

Dix-huit mois à deux ans sont des délais que l'expérience a permis d'établir. Ils sont absolument nécessaires. Bien sûr, ils paraissent très longs au malade, et celui-ci parfois gagné par l'impatience, surtout s'il se sent bien (il a pris du poids, il ne tousse plus), "signe sa pancarte" interrompant ainsi prématurément son traitement bien suivi jusque là.

"La huitième règle est celle du contrôle clinique, bactériologique et radiologique régulier".

La surveillance clinique impose de suivre l'amélioration de la symptomatologie fonctionnelle et générale : disparition de l'asthénie, de la fièvre, des signes pulmonaires, reprise de poids, recherche et prévention des accidents dûs à la toxicité des drogues administrées.

Du point de vue radiologique, il faut suivre sur les clichés les progrès obtenus par comparaison des images.

Quant à la bactériologie, son importance est capitale. Elle nécessite une surveillance mensuelle durant les six premiers mois de la maladie. La négativation des cultures survient en général entre le 45ème jour et le 5ème mois de traitement. Trois cultures successives négatives permettent d'espacer les examens de deux mois ou trois mois.

"La neuvième règle est celle du repos".

Cette notion du repos qui était primordiale dans le traitement de la tuberculose a quelque peu perdu de son importance aujourd'hui avec les quelques essais satisfaisants de traitements ambulatoires tentés par les phtisiologues actuellement.

"La dixième règle est celle d'une intervention chirurgicale complémentaire non exagérément différée"

Nous en reparlerons dans le traitement des tuberculoses invétérées.

En appliquant ces principes on pourrait donc éviter bien des problèmes ultérieurs.

Quelques essais de traitement à domicile institués après un court séjour initial à l'hôpital, pour éviter les trop longs séjours loin du foyer, ont donné de bons résultats chez des jeunes mères de famille et chez quelques hommes sérieux.

Mais en attendant nous avons de nombreux tuberculeux invétés dans les services de phtisiologie et il est intéressant de savoir comment les traiter.

III - LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES INVETEREES

Le traitement des tuberculoses invétérées demande des moyens techniques précis, mais il demande aussi que la personnalité du malade et son entourage soient l'objet d'une constante attention. Les éléments médicaux, humains et sociaux, se commandent réciproquement, et négliger l'un d'entre eux interdit le succès.

Le Professeur OUDET et ses collaborateurs pensent que "les deux tiers des malades invétérées peuvent être guéris et que ce n'est pas pousser au paradoxe d'avancer que c'est ici que nos moyens font la preuve de la façon la plus nette, permettant ainsi des guérisons auxquelles personne ne voulait plus croire".

Par ailleurs, on peut admettre qu'à défaut de guérison, une stabilisation satisfaisante peut être obtenue chez certains patients que l'on pouvait considérer comme irrécupérables.

Quels sont ces moyens dont nous disposons ?

Ils se rangent sous quatre rubriques :

- 1 - Les titrages des sensibilités bactériennes aux médicaments tuberculostatiques.
- 2 - Les médicaments anti-tuberculeux.
- 3 - La psychothérapie.
- 4 - La chirurgie complémentaire.

1 - Le titrage des sensibilités

Le traitement de toute tuberculose aujourd'hui, que ce soit une première atteinte ou une rechute, doit être lié à la recherche de la sensibilité des germes.

Si les résistances primaires sont assez rares dans une première atteinte, par contre, lors d'une reprise thérapeutique, les résistances acquises sont fréquentes, et négliger le titrage des sensibilités conduirait à un échec du traitement.

On trouve trois genres de malades :

- Des malades qui ont conservé leur sensibilité aux tuberculostatiques usuels, la sensibilité à l'isoniazide étant évidemment la plus importante (cas de Monsieur M... S. 35 ans, tenancier de café-hôtel).

- Des malades qui ont perdu la sensibilité aux tuberculostatiques usuels mais ont conservé celle aux tuberculostatiques de rechange. (cas de Monsieur P... M. 53 ans, ancien gardien de la paix, résistant à isoniazide, cyclosérine, 1314 et kanamycine). De Madame T... S. 35 ans, résistante totale à l'isoniazide, presque totale à l'éthionamide et partielle à la streptomycine. De Madame A... Th. 38 ans, concierge, résistante totale à isoniazide et streptomycine, partielle à cyclosérine et éthionamide).

- Ceux qui ont perdu la sensibilité à presque tous les médicaments. Eventualité très rare maintenant grâce au très grand nombre de médicaments anti-tuberculeux que nous possédons. La plupart des tuberculeux chroniques ont encore un ou deux médicaments qu'ils n'ont pas utilisés et auxquels leurs bacilles sont sensibles. Remarquons d'ailleurs que la sensibilité conservée au P.A.S. est assez fréquente et certains considèrent ce dernier comme le plus sûr pilier des reprises thérapeutiques.

La recherche systématique de la sensibilité des bacilles tuberculeux à tous les médicaments est donc un élément indispensable et fidèle du traitement.

Les taux de résistances admis actuellement ont été codifiés dans le tableau suivant établi par CANETTI, N. RIST et GROSSET.

Il existe un critère principal et un critère accessoire.

Exemple : pour isoniazide, est classée comme résistante toute souche contenant au moins 1 o/o de bacilles résistants à 0,2 μ g/ml d'isoniazide (critère principal), ou 10 o/o de bacilles résistants à 0,1 μ g/ml d'isoniazide (critère accessoire) ou les deux.

<u>ANTIBIOTIQUES</u>	<u>CONCENTRATION CRITIQUE EN µg/ml</u>	<u>PROPORTION MINIMA DE BACILLES EXIGEE</u>
ISONIAZIDE	0,1 0,2	10 o/o 1 o/o
STREPTOMYCINE	2 4	100 o/o 1 o/o
P.A.S.	0,25 0,50	10 o/o 1 o/o
ETHIONAMIDE	10	100 o/o
KANAMYCINE	20	10 o/o
CYCLOSERINE	20	100 o/o
VIOMYCINE	30	100 o/o

2 - Les médicaments anti-tuberculeux

Nous disposons actuellement d'une gamme très étendue de médicaments.

La liste suivante se rapporte aux tuberculostatiques usuels majeurs et de rechange. Les chiffres en regard correspondent à l'activité en points établie d'après des expériences in vitro, et sur des souris :

Isoniazide	24
Thiomides	6
Streptomycine	3
Kanamycine	3
Cyclosérine	2
Viomycine	2
Pyrazinamide	1
P.A.S.	1
Thiosemicarbazone	1

Dans les acquisitions récentes citons :

L'isoxyl (thiocarbanilide) dérivé de la thiourée, et que l'on doit considérer comme mineur malgré la publicité faite autour de ce produit. Il est actuellement très en vogue en pédiatrie comme traitement prophylactique lors des virages de vutie.

La capréomycine. Antibiotique fongique extrait d'un streptomycès, de structure voisine de la viomycine et de la kanamycine et offrant par conséquent des résistances croisées avec ces dernières.

Elle est deux fois moins active que la streptomycine. Elle est toxique pour le rein et la VIIIème paire crânienne.

L'éthambutol. Produit de synthèse du groupe des éthylènes diamines dont l'activité se situe sur le plan de la cyclosérine.

Il ne doit pas être administré par voie parentérale, ce qui peut provoquer des cécités. Donc, administration par voie buccale seulement.

Les troubles toxiques portent presque uniquement sur l'appareil oculaire : risque de cécité réversible, axiale avec perte de la vision des couleurs; ou marginales avec ou sans perte de la vision des couleurs.

En outre, risque d'accidents à type de poly-névrite curables et réversibles.

On conseille en pratique de ne pas dépasser 25 mg/Kg/par jour.

La rifampicine. Dérive de la rifamycine qui fut découverte par une équipe de chercheurs italiens, P. SENSI, P. MARGALITH, M.T. TIMBAL, R. BALLOTA, A.M. GRECO, à partir de streptomyces méditerranéi, lui-même isolé en 1957 d'un échantillon prélevé en France à Saint-Raphaël.

C'est l'hydrazone du 3-Formylrifamycine.

La rifamycine très active à l'égard des cocci Gram positif, et en particulier à l'égard de staphylocoque, streptocoque, entérocoque et pneumocoque, se révéla douée d'un pouvoir anti-bacillaire considérable.

La rifampicine est un dérivé semi-synthétique de la rifamycine. Son activité vis à vis du bacille de Koch est supérieure in vitro à celle de l'isoniazide. C'est une arme thérapeutique de grande valeur et l'on pense qu'elle est appelée à rendre de grands services particulièrement lors des reprises thérapeutiques. On a d'ailleurs constaté que son action était beaucoup plus forte sur les souches INH-résistantes.

Elle est administrée par voie buccale en une prise unique journalière de 450 à 500 mg.

3 - La psychothérapie

Nous avons vu dans ce qui précède l'importance de l'incidence psychologique dans l'installation et l'évolution de la maladie. Il est donc évident que dans le traitement de la tuberculose, et plus particulièrement dans celui des tuberculoses invétérées, la psychothérapie nous paraisse indispensable.

Un très grand nombre de tuberculoses invétérées sont dûes, nous le disions au début, à des traitements initiaux trop brefs dont la responsabilité incombe le plus souvent aux malades eux-mêmes. Cependant, quels qu'en soient les responsables, il ne demeure pas moins vrai qu'il sera plus difficile à ce stade d'obtenir la confiance du malade car celui-ci présente incontestablement un psychisme particulier; et sans cette confiance durable, l'échec se renouvellera.

Un climat de confiance permanent doit régner entre médecin et malade. Celui-ci doit être conscient que tout est mis en oeuvre pour qu'il guérisse rapidement.

Il semble que l'un des premiers points de la psychothérapie soit que le malade connaisse objectivement sa maladie et les moyens mis à sa disposition pour guérir. L'idée de la fameuse "tache au poumon, sans bacilles..." montre bien que le malade ignore ou n'ose pas affronter la réalité de sa maladie.

Mais faut-il pour cela que les contacts ne soient pas trop rapides avec le médecin qui trop souvent n'a ni le temps ni la possibilité d'écouter tous les petits problèmes, et qui pourtant sont pour le malade de grands problèmes.

A ce propos, remarquons cependant que souvent ancien malade lui-même, le médecin de sanatorium a fait une expérience personnelle de la tuberculose et que, par conséquent, n'étant pas neutre à l'égard de cette maladie, il se trouve beaucoup plus engagé et concerné dans la relation avec son malade.

Il faut au malade un soutien moral constant qui doit l'aider, l'entourer d'une atmosphère d'affection et d'encouragement.

Les tuberculoses invétérées demandent beaucoup, non seulement aux malades mais aussi au médecin dont toute la personnalité est engagée dans le soutien d'un long effort.

Aujourd'hui où l'expérience de traitement à domicile est tentée après un court séjour initial en service spécialisé, c'est au médecin traitant, au médecin de dispensaire, aux contrôleurs sociaux, qu'il incombe de maintenir cette ambiance de confiance dont dépendra le succès de l'entreprise.

4 - La chirurgie complémentaire

Les médicaments anti-tuberculeux n'agissent que sur le bacille de Koch. La cicatrisation des lésions qui est fonction du terrain peut être très difficile à obtenir.

Aussi, la recherche d'une voie de guérison par l'intervention chirurgicale est-elle un complément éventuel au traitement médical de certains cas.

Il y a indication de pratiquer une exérèse toutes les fois que la tuberculose a cessé d'être une maladie générale pour devenir une lésion localisée en une zone précise et limitée du poumon, et que le traitement médical se déclare impuissant à en obtenir la guérison définitive.

Mais faut-il que cette intervention ne soit pas exagérément différée comme le dit le Professeur BROUET dans sa dixième règle.

Il faut savoir éviter les traitements excessifs quand les possibilités thérapeutiques médicamenteuses à escompter se révèlent d'emblée très modestes. Et les nombreux assauts livrés par les antibiotiques au foie, aux reins, au système nerveux des

tuberculeux invétérés engagent à la prudence thérapeutique. Sans compter que le traitement des divers syndromes associés nécessitent l'administration supplémentaire d'autres médicaments tels que toni-cardiaques, eupnéiques, vitamines, neuroleptiques, etc...

Le chirurgie en effet ne doit pas être envisagée comme une solution tardive de découragement. Dès les premiers mois de la reprise thérapeutique, il faut faire le bilan de ses chances de succès et préparer le malade. Non pas la seule préparation médicale, mais aussi une bonne préparation psychologique.

Car toute personne éprouve de l'émoi à l'annonce d'une intervention chirurgicale de ce genre. Cela peut aller d'une simple anxiété au véritable choc psychologique. Cette préparation psychologique est donc aussi importante que la préparation médicale elle-même.

Celle-ci vise à obtenir, en outre d'une amélioration de l'état général bien sûr, une apparente stabilité des lésions.

En général, la décision d'exérèse n'est pas prise avant six mois de traitement médical.

Par la suite il ne faudra jamais omettre une étude bactériologique de la pièce d'exérèse; elle sera essentielle pour orienter la chimiothérapie post-opératoire du cas. Car, rappelons-le, toute exérèse doit être suivie d'un traitement antibiotique dont la durée est en moyenne de six à neuf mois.

Ne terminons pas ce chapitre du traitement sans parler du problème particulier des tuberculeux invétérés alcooliques. L'association alcoolisme-tuberculose est, nous l'avons dit, l'une des principales causes de nos échecs. Aussi ce problème mérite-t-il un intérêt de premier plan.

Dans la théorie les choses paraissent faciles. En supprimant l'alcoolisme on supprimerait l'association morbide et, de ce fait, on diminuerait notablement le nombre de tuberculeux invétérés. Mais en pratique le problème est loin d'être simple.

Cependant, en s'attaquant à l'ensemble de la maladie, en venant au secours du malade dans sa totalité, alcoolisme compris, on aboutit à des résultats non négligeables.

Nous disposons de moyens thérapeutiques contre l'alcoolisme et nous pouvons traiter les deux maladies parallèlement. C'est un effort difficile et souvent décevant, entraînant le phthisiologue bien loin de son domaine habituel, vers la psychiatrie, la psychologie ou la sociologie.

Dans beaucoup de cas on peut recourir à la cure de désintoxication à l'espéral buccal, ou aux implants avec épreuves de dégoût pour les boissons habituelles du malade; tout ceci est possible, il n'y a pas de contre indications.

C O N C L U S I O N

A travers ces cas peu nombreux mais typiques, observés personnellement à l'occasion d'un court stage dans un service de phtisiologie, et grâce aux renseignements recueillis auprès de phtisiologues expérimentés, nous avons essayé de montrer les caractères qui nous ont paru les plus importants des tuberculoses invétérées.

Le problème dans la réalité pratique est celui des résistances des bacilles aux anti-tuberculeux quelles qu'en soient les causes. Mais nous avons voulu montrer surtout que deux facteurs - alcoolisme et facteur psycho-affectif - semblent actuellement les plus en cause dans l'évolution de la tuberculose vers la chronicité.

C'est très souvent parce que l'alcoolique est plus difficile et plus long à traiter que les résistances ont plus de chances d'apparaître.

C'est aussi très souvent à cause d'un moral déficient que le malade a quitté trop tôt l'hôpital ou le sanatorium, et a de ce fait reçu un traitement trop bref à l'origine par conséquent de résistances futures.

Nous remarquons malheureusement que la plupart de tels malades se rencontrent de plus en plus fréquemment, soit dans les services de phtisiologie, soit ce qui est dangereux, évoluant en toute liberté dans les milieux sociaux et parfois même au sein de leur milieu professionnel.

Les acquisitions récentes dans le domaine des médicaments anti-bacillaires, la grande place accordée à la psychothérapie parmi nos moyens thérapeutiques, nous permettent d'obtenir des résultats encourageants. Mais gardons-nous de nous réjouir trop

tôt, notre plus grand ennemi : "l'alcoolisme" est loin d'être vaincu. Nous devons rester vigilants et continuer notre lutte avec une ardeur égale.

Il est tout de même malheureux de constater qu'à cause de quelques assoiffés d'alcool, une maladie qui pourrait être facilement curable aujourd'hui, pose de nouvelles inquiétudes.

Tout ceci n'apprendra rien au phtisiologue sans doute mais paraît devoir intéresser en premier lieu le praticien, le médecin de famille - à cause particulièrement de la tendance actuelle de traiter à domicile - les médecins des pays en voie de développement où la lutte antituberculeuse est mal ou pas organisée et par conséquent où les résistances, déjà plus fréquentes, risquent de poser un grave problème de santé publique.

Vu le Président de Thèse

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

M. BARIETY, R. BONNIOT,
G. BONNIAUD et SAINT-PAUL

"Tuberculoses à bacilles d'emblée
résistants à l'isoniazide et à la
streptomycine"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1966
30, pp 973-991

S. BELBENOIT

"Les tuberculeux pulmonaires alcooliques
en milieu hospitalier dans le
département du Pas-de-Calais"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1964
28, pp 117-146

E. BERNARD et B. KREIS

"Les conséquences pratiques de la
résistance primaire des bacilles de
Koch aux médicaments anti-bacil-
laires"
Revue du Praticien du 21 janvier
1965, pp 275-282

G. BROUET

"Les causes des échecs dans le
traitement de la tuberculose
commune"
Presse Médicale. Actualités théra-
peutiques 7janv. 1961, pp 15-17

G. BROUET et J. MARCHE

"La reprise du traitement antibio-
tique dans la tuberculose pulmo-
naire commune après échec total ou
partiel des cures antérieures"
Revue du Praticien du 11 janv. 1959
pp 165-169

G. CANETTI, B. KREIS,
R. THIBIER, Ph. GAY,
R. LE LIERZIN

"Données actuelles sur la résistance
primaire dans la tuberculose pulmo-
naire de l'adulte en France"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1961
21, p.433

G. CANETTI, N. RIST
et GROSSET

"Mesure de la sensibilité du bacille
tuberculeux aux drogues antibacil-
laires par la méthode des proportions
Méthodologie, critères des résis-
tances, résultats, interprétations"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1963
27, p 217

J. CHICOU, G. HETRICK, M. LEHIR,
A/ MERLIEK, J. MUNOZ service
antituberculeux du Maroc,
R. NEEL, N. RIST et J. VINCENT
Institut Pasteur

"Essai de traitement chimiothérapique
de 130 tuberculeux pulmonaires tous
résistants à un ou plusieurs anti-
biotiques dans un pays de forte
endémie tuberculeuse"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1962
26, pp 867-883

P. CHOUBRAC et S. COTTIN

"Succès et échecs du traitement de
la tuberculose pulmonaire"
Gaz. Méd. de France 10 oct. 1962
69, n° 19 pp 2649-2654

P.J. COLLETSOS

"Activités sur Mycobactérium tuber-
culosis de la rifamycine SV seule
et associée aux bacillostatiques
majeurs"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1967
31, pp 17-30 et 61-62

A. DANRIGAL, Y. DUHAMEL
et G. KERBRAT

"Aspects de la tuberculose pulmo-
naire en Bretagne. Portrait type
du tuberculeux pulmonaire breton"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1967
31, pp 297-308

GERNEZ-RIEUX, TACQUET, TISON

"Caractères biologiques des myco-
bactéries résistantes aux substances
antibacillaires, responsables de
manifestations précoces de tubercu-
loses aiguës". Revue du Praticien
11 juil. 1963, 13, n° 20, pp 2433-2447

P. HERTZOG, L. TOTY,
C. PERSONNE et CHEVASSU

"Etude clinique des rechutes après
exérèses segmentaires ou lobaires
supérieures pour tuberculose"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1966
30, p. 1163

R. LESOBRE, M. OURY

"La mort du tuberculeux depuis l'a-
venement de l'INH"
Revue du Praticien du 11 janvier 1958
n° 2, pp 167-184

J. MIGUERES, L. MOREL,
S. SANGAREE et A. JOVER

"Tuberculose pulmonaire des gastrec-
tomisés et ulcéreux gastroduodénaux"
Revue de Tuber. et de Pneum. 1967
31, pp 309-318

P. OUDET et E. ROEGEL

"Le traitement des tuberculoses pul-
monaires invétérées"
Revue du Praticien du 21 janv. 1965
15, pp 285-291

OUDET, ROEGEL, BOHNER
et Mlle M. SOMMET

"Résistances d'emblée et résistances
secondaires aux médicaments tuber-
culostatiques"
Revue de Tuber. et de pneum. 1963
27, pp 299-300

J.P. SCHERDING

"Relation médecin-malade, collabora-
tion avec le psychiatre dans la pers-
pective d'une meilleure efficacité
thérapeutique". Revue de Tuber. et de
Pneum. 1964, 28 pp 1046-1055

P. VERAN

"Sur l'urgence d'une politique de
lutte anti-alcoolique chez les tuber-
culeux pulmonaires". Revue du Tuber.
et de pneum. 1958, 22, pp 860-863

J. VIDAL, J.J. GUIN

"Le pronostic des tuberculoses
étendues". Revue de Tuber. et de
Pneum. 1959, 23, pp 384-392



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13^e
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62